

Kvalitetsarbejde i almen praksis

Om valg af emne, brug af data, målepunkter og projektskabelon

Dansk Selskab for Almen Medicin ønsker med denne artikel at inspirere de praktiserende læger i forbindelse med kvalitetsarbejde. I klynger og klinikker er der brug for nogle konkrete redskaber til at arbejde med kvalitet. Og i den sammenhæng er det naturligt at overveje brugen af data og målepunkter.

Diskussionen om god praksis og kvalitet er kernen i faglig udvikling. Refleksioner over kvalitetsarbejdet foregår i klyngerne og i de enkelte klinikker for at udvikle og forbedre praksis. I klinikkerne fortsætter samtalerne om kvalitet og metoder med kolleger og personale. Det kan f.eks. være et spørgsmål til en rutine, der måske ikke fungerer optimalt. Der kan være en undren over et specifikt forløb eller en utilsigtet hændelse.

Når man har formuleret sit kvalitetsspørgsmål, skal man beslutte at indsamle data, der belyser problemstillingen. Med udgangspunkt i indsamlede data og aktuel viden om baggrunden for disse bliver problemstillinger drøftet og vurderet. Herefter kan man afdække muligheder for at forbedre eller forandre praksis.

Et eksempel fra virkeligheden

I en klynge diskuterede man, hvordan man på simpel vis kunne måle kvaliteten af forløbene blandt kronisk syge patienter.

Formål

Kvalitetsudviklingsprojekt for at optimere og styrke overvågningen af diabetesforløb (T2DM) i almen praksis. Desuden skal indsatsen fungere som modelprojekt for at monitorere årskontroller for kronisk sygdom i klinikkerne.

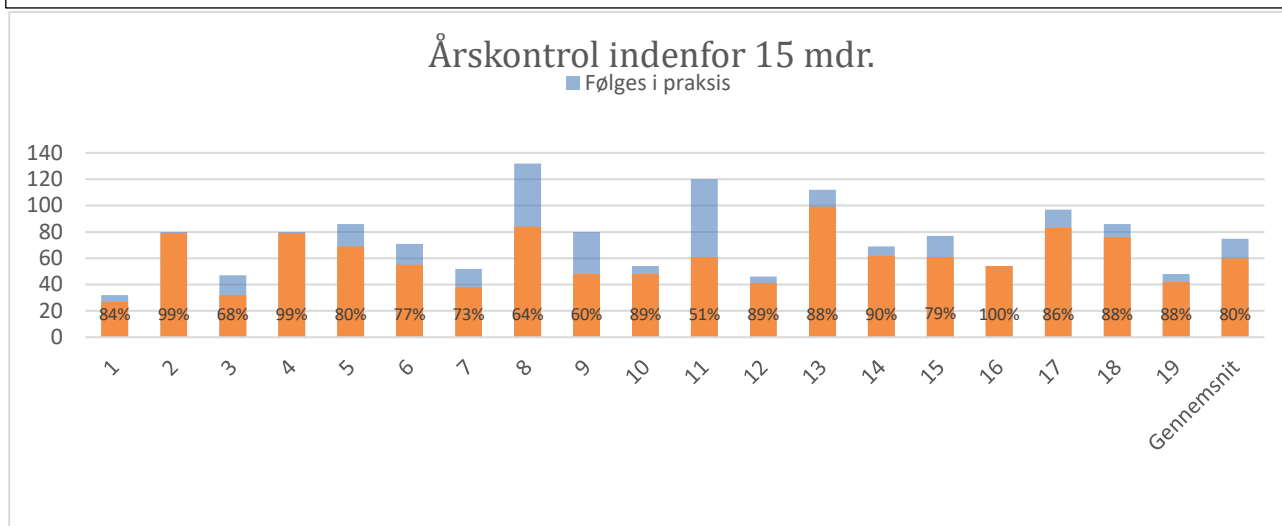
Dataudtrækket blev foretaget med klinikernes egne statistikmoduler og skulle beskrive tre målepunkter: antal diabetespatienter i praksis, antal patienter fulgt i egen praksis (patienter kontrolleret i diabetesambulatorium/hos speciallæge) og antal diabetespatienter set til årskontrol indenfor de sidste 15 måneder.

Konklusioner

Diskussionerne i klyngen gav værdifuld viden til alle klinikkerne om, hvilke metoder der gav en god styring af diabetesforløbene. Klyngemedlemmerne evaluerede arbejdet med disse enkle målepunkter højt, da det gav god mening at diskutere de patientforløb, der lå bag data. De mindre praksis (1-2 læger) havde en langt mindre del af deres diabetespatienter henvist til diabetesambulatorier. Samlet havde 80 procent af patienterne gennemført årskontrol på opfølgelsestidspunktet. De små praksis havde set en langt større del af deres diabetespatienter til årskontrol indenfor de sidste 15 måneder. Dette var sandsynligvis udtryk for en bedre styring af aftalerne og indkaldelsen af patienterne.

Ovennævnte projekt blev initieret af et behov for at indføre klyngen i arbejdet med kvalitet i praksis. Samtidig var der et behov for at afprøve en simpel model for kvalitetsarbejde med kronisk syge patienter i almen praksis.

Figur 1. Fordelingen af T2DM årskontroller i almen praksis i området. Søjlerne viser antallet af patienter med T2DM pr. praksis. Orange: patienter der har været til kontrol. Blå: patienter der ikke har været til kontrol.



Emnevalg

Det er emnevalget til projektet og tankerne bag det, der er det centrale udgangspunkt for arbejdsprocessen.

Der kan være forskellige udgangspunkter for emnevalg, f.eks. kan man arbejde:

Problemorienteret

- Man er enige om, hvad det er for et problem, man vil minimere eller helt fjerne.

Nysgerrighedsbaseret

- Man er nysgerrig på, hvordan en bestemt procedure eller klinisk problemstilling ser ud eller bliver håndteret hos klyngens deltagere.

Dokumentationsorienteret

- Man vil gerne vise sig selv eller andre (f.eks. samarbejdspartnere i kommune eller på hospital) karakteren af samarbejdet, informationsudveksling (utilfredsstillende kommunikation) og lignende.

Formål – hvad, hvem, hvorfor og hvordan?

Når der vælges et emne¹, er det en god ide at overveje og formulere formålet og beskrive, **hvem der skal bruge resultaterne og til hvad?**

Uanset udgangspunkt og bevæggrunde overvejes og beskrives, **hvorfor klyngen vil arbejde med netop det?** Hvad gør emnet interessant, velegnet og vigtigt for netop denne klynge? Oplever

¹ Ved valg af emne vil man overveje emnets relevans for klynge/praksis og for patienterne. Der er ingen grund til at fokusere på forhold, som er uden betydning for arbejdet i almen praksis. Lad jer evt. inspirere af [DSAM's pejlemærker](#).

klyngedeltagerne i dagligdagen problemer med dette emne? Har patienterne, f.eks. via patienttilfredshedsundersøgelser, været kritiske og påpeget, at der er brug for forbedringer? Har personalet påpeget kvalitetsbrister på området?

Det næste spørgsmål er, **hvordan klyngen vil arbejde med emnet?** I den forbindelse kan det være oplagt at inddrage målepunkter. Et målepunkt er data, der måler nu-tilstanden. Deltagerne kan så ved en senere måling måle virkningen af den ændrede praksis, som klyngens deltagere har gennemført. Men også her er det vigtigt at bruge tid på minutiøst at formulere og sikre enighed i klyngen om, hvad der er projektets formål. Uden en sådan præcisering er det svært at definere det rette kvalitetsmålepunkt – og uden præciseringen kan klyngen komme til at indsamle data, som ikke bidrager til at belyse problemstillingen.

Vi har nu diskuteret væsentligheden af at definere formålet med kvalitetsprojektet. Når vi nu går videre og diskuterer data og målepunkter, er det væsentligt at afklare, hvad data kan bruges til. Samtidig er det vigtigt at klarlægge begrænsningen i brugen af kvalitetsmål.



I klinikken er der brug for at inddrage personalet i drøftelserne om relevante kvalitetsmål og projektets indhold samt design, jf. projektskabelonen side 5-6.

Kvalitetsmål i klinisk praksis

Når man skal undersøge effekten af et kvalitetstiltag, bør man finde et målepunkt for, hvordan tilstanden er ved start. Det kan være antallet af HPV-vaccinerede/ikke-vaccinerede, antal depressive patienter med MDI>30 i psykoterapi uden understøttende AD-behandling, antal børn med AB-behandlet konjunktivitis/antal børn med konjunktivitis osv.

Målene kan man ikke antage som mål for overordnet kvalitet. De er udtryk for den kliniske kultur og den patientpopulation, der er i klinikken. Hvis man beslutter sig for et målepunkt for en hel klynge, er målepunktet udtryk for den behandlerkultur og patientpopulation, som klyngen varetager. Det kan f.eks. være antal diabetikere behandlet i almen praksis <-> diabetespatienter i klyngen behandlet på hospitalsambulatorier.

Målepunkterne for de enkelte klinikker kan bruges som udgangspunkt for en faglig diskussion af klinisk adfærd, forløb i klinikken, delegering af opgaver og personaleinddragelse. Man kommer herved til at diskutere de væsentlige arbejdsgange i klinikken og den kultur, der ligger til grund for planlægningen af patientforløb i klinikken. Denne diskussion indeholder et betydeligt udviklingspotentiale for de enkelte klinikker.

Målepunkter

Baseline-målingen (fordeling og spredning af resultater) kan som angivet fungere som en øjenåbner og som en kilde til at fremme refleksion over egen praksis².

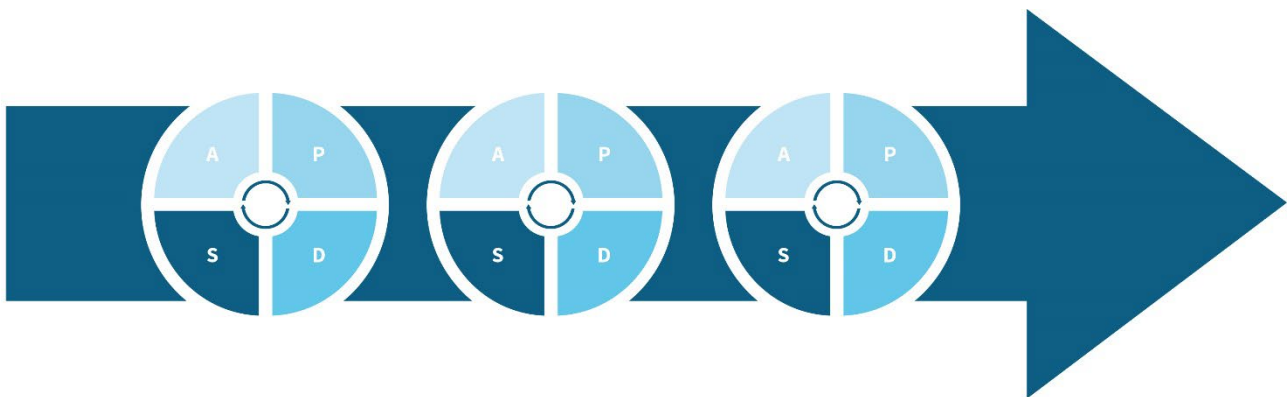
² Inspireret af "Realistic Medicine" fra Skotland er det netop vigtigt at diskutere berettiget og uberettiget variation.

Som specifikt målepunkt anvendes typisk data, som er en målbar variabel. De data kan evt. sammen med andre data i et sæt overvåge og evaluere forhold i klinikken. Målepunktet er et tal, der siger noget om status på det område, som måles.

Brug af målepunkter (evt. indikatorer³) i arbejdet med kvalitetsudvikling gør det muligt:

1. at måle på og beskrive et udgangspunkt/en nu-situation/en baseline/en variation
2. at sammenligne nu-situationen med et ønskeligt niveau, kvalitetsmålet
3. at sammenligne praksis med hinanden (benchmarking)
4. at måle på effekten af konkrete kvalitetsudviklingstiltag, som klyngen måtte vælge at gennemføre for at se, om tiltaget har gjort nogen forskel, og om et eventuelt opstillet kvalitetsmål er nået.

Klyngen eller praksis kan herefter mene, at der er et forbedringspotential (kvalitetsforøgelse), som det er værd at gå efter. På baggrund heraf drøfter man, hvilken ændring (intervention) klyngen/praksis kan foretage. Klyngen aftaler, hvor længe interventionen skal løbe, før det giver mening igen at indsamle data for at se, om der er sket forbedringer. Hvis opfølgingsperioden er lang, kan det eventuelt komme på tale at monitorere målepunkterne undervejs.



Figur 2. Øget kvalitet i almen praksis kan opnås gennem gentagne PDSA-runder.

Tallene fra baseline og fra eftermålingen sammenlignes, drøftes og fortolkes. **Hvilken konklusion kan man uddrage af det? Og hvordan skal vi så agere på dette område fremover?**

Klyngen kan med fordel overveje følgende spørgsmål:

- Hvilke målepunkter kan vi arbejde med?
- Hvilke data er tilgængelige eller kan relativt nemt fremskaffes?
- Hvor stor en indsats skal vi lave for at skaffe, bearbejde og analysere data, og hvad kan vi vinde ved det?
- Hvad er en passende tidsperiode og -horisont til dataindsamling, før-måling, interventionsperiode, efter-måling?

³ En indikator er et alment anerkendt målepunkt for en kvalitet i klinisk praksis.

Der er områder og værdier i almen praksis, som kun vanskeligt kan måles. Det gælder f.eks. etiske spørgsmål, empati og humanisme i konsultationen. I andre tilfælde bliver de opstillede målepunkter så simple, at de skal anvendes med stor forsigtighed.

Læs mere om data og datadrevet kvalitetsarbejde i bilag 1 og om skabelon for målepunktsbeskrivelse i bilag 2.

Projektskabelon

På baggrund af overvejelserne om, hvilket emne man vil arbejde med, og hvilke målepunkter som indgår, skal der udarbejdes en projektbeskrivelse. Til det formål anvendes en projektskabelon.

Der findes mange udgaver af projektskabeloner til udviklingsprojekter. Det er en god ide at tage sig god tid til at gennemgå og opnå enighed om hovedspørgsmål, faser og fremgangsmåde i projektarbejdet – både ved start og undervejs. Se evt. KiAP's generiske klyngepakke:

<https://kiap.dk/kiap/klynge/klyngekoordinator/klyngepakker/klyngepakkeskabelon.php>

Projektbeskrivelsen er projektets drejebog. Jo mere detaljeret den er udformet, jo bedre en forberedelse har man til sit projekt. Det er klogt at udforme en tidslinje for projektet, hvor det er beskrevet, hvad der skal ske i de forskellige faser, og hvem der skal udføre opgaverne. En god projektstyring vil sjældent fejle.

En stram styring af projektet er godt. Men det er vigtigt at indlægge reflektionsfelter undervejs. Det kan jo være, at data inspirerer til, at man supplerer med uddybende målinger eller registreringer. Resultater, der kan skabe mere viden og perspektiv i projektet.

DSAM foreslår projektskabelonen på næste side.

Eksempel – fortsættelse

I diabetesprojektet nævnt i starten af artiklen undrede klyngens medlemmer sig efter indsamling af første datasæt over den store variation i tilslutningen til årskontrollerne. Man besluttede derfor, at projektet skulle udvides. Der skulle inden anden dataindsamlingsrunde udføres et mini-interview med de patienter, der ikke var kommet til årskontrol indenfor perioden på 15 måneder.

Mini-interviewet gav værdifuld viden til klinikkerne og personalet om, hvordan man kunne optimere tilslutningen til diabetesårskontrollerne. Man fik, om man så må sige, indsamlet systematisk og detaljeret viden om årsagerne til variationen i data

Med denne korte gennemgang af kvalitetsarbejde med brug af forskellige data er det hensigten, at de enkelte lægeklinikker og klynger har fået flere redskaber til at starte egne kvalitetsudviklingsprojekter. Selv det simpleste projekt vil, ved systematisk indsamling af data for at beskrive kvalitet, tilføre viden om det belyste område. Den debat, som sammenligningen af data medfører, vil skabe større viden og mulighed for refleksion om rutiner, kultur, forløb osv. i de enkelte klinikker og klynger. Det er virkeligheden bag data, der er interessant. Og ved at belyse den gennem data bliver vi klogere på vores hverdag i almen praksis.

PROJEKTSKABELON TIL KVALITETSUDVIKLINGSPROJEKTER

Opmærksomhedspunkter	Overvejelser før, under og efter	✓
1. Overordnet emne	Arbejdstitel	
2. Problempræcisering	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilket afgrænset spørgsmål er vi interesseret i at besvare? • Hvorfor er vi interesseret i netop dette? • Hvad er det ultimative formål? • Hvad vil vi have ud af at kigge nærmere på det? 	
3. Målepunkter	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke slags data og målepunkter giver det mening at arbejde med? • Kan andre data supplere eller helt erstatte målepunkterne i det aktuelle projekt? 	
4. Dataindsamling	<ul style="list-style-type: none"> • Findes data nemt tilgængelige – og hvor? • Skal og (hvordan) kan vi selv skaffe og producere relevante data? • Hvordan sikrer vi, at alle deltagere i klyngen har en ensartet opfattelse af, hvordan de skal indhente og registrere data? • Hvem kan vi evt. samarbejde med? • Hvilken periode skal data dække? • Har vi brug for en før- og en efter-måling (med en mellemliggende intervention)? 	
5. Databearbejdning og analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem bearbejder og analyserer data (klyngedeltagere, ekstern partner)? • Hvordan fremlægger vi analyseresultaterne for klyngen? 	
6. Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken rolle har projektgruppen? • Fordeling af roller og opgaver i øvrigt 	
7. Projekt- og tidsplan	<p>Projekt- og tidsplan beskrives med aktiviteter/faser og evt. deadlines.</p> <p>Beskrivelse af projektdeltagernes indsats:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvorledes skal data indsamles (statistikmodul, personaleinvolvering, ekstern konsulent)? 2. Mødeplanlægning. 3. Afrapportering fra projektdeltagerne (form, hyppighed). 4. Kommunikation med projektdeltagere vedrørende resultater (anonymisering, grafik, hyppighed). 	
8. Status og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan vil vi lære af projektet? • Hvad vil vi ændre i daglig praksis med udgangspunkt i analysen? • Vil vi evaluere forløbet af dette projekt – hvorfor og hvordan? 	
9. Opfølgning	<ul style="list-style-type: none"> • Skal emnet gøres til genstand for en ny behandling på et senere tidspunkt? 	
10. Økonomi	<p>Ressourceforbruget beskrives:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Løn/frikøb til dataindsamling og databearbejdning. 2. Konsulentbistand. 	

Bilag 1. Data og datadrevet kvalitetsarbejde

Når man arbejder med data og kvalitet, er det vigtigt at kende både styrker og begrænsninger i brugen af data. Data betyder "det, som er givet", og ofte anvendes data ensbetydende med numeriske data, men data kan tage mange former og er sjældent givet (1). Der vil altid skulle foregå en vurdering af gyldighed og troværdighed for at vurdere evt. forbehold. Hvis det ikke er egne data fra klinikken, er det relevant at stille en række spørgsmål, f.eks. under hvilke omstændigheder er data produceret, hvad har formålet været osv.

Ved sammenligninger mellem praksis er det afgørende at være bevidst om forskelle i patientpopulation (alder, køn, socioøkonomi, sygelighedsmønster, egenomsorgsevne mv.), praksisorganisering og -størrelse, samt samarbejdet med kommune og hospital. Pga. af sådanne forskelligheder kan det være meningsløst på forhånd at opstille statistiske standardkvalitetsmål gældende for alle praksis. For eksempel er omfattende udskrivning af benzodiazepiner i én praksis ikke nødvendigvis dårligere behandlingskvalitet end et lavt niveau i en anden praksis. Og antal genindlæggelser siger ikke noget om kvaliteten i det kliniske arbejde i almen praksis (eller på hospitalet). Det afhænger af sygdomsbilledet osv.

Elementer i kvalitetsudvikling

For mange er kvalitetsudvikling lig med måling med tal, som angiver "sandheder" om patienters helbred, behandlingsresultater, lægens compliance med kliniske vejledninger, patienternes compliance med et aftalt behandlingsregime osv. Herefter vil man typisk efterfølgende forsøge at "forbedre" disse tal via ændringer i kliniske rutiner mv. Tallene er praktiske, når man vil beskrive omfanget og udbredelsen af en bestemt faktor eller foreteelse, f.eks. polyfarmaci eller blodsukkerniveau. Tal gør det nemt at lave sammenligninger mellem praksis og sammenligninger over tid. Og tal kan være velegnede til at måle effekten af en indført ændring. Men tal udsiger ikke nødvendigvis noget om god kvalitet.

I WHO's definition af god kvalitet indgår en række elementer. Et grundlæggende kvalitetselement er, at sundhedstjenesten skal være evidensbaseret og målrettet patienter med behov. Desuden lægges der vægt på patientsikkerhed, personcentrering, rettidighed, lighed, integration/koordinering af sundhedsydelser, og endelig at sundhedstjenesten er omkostningseffektiv (2).

Når vi skal undersøge god kvalitet, vil vi se på, i hvilken grad et resultat svarer til de opstillede mål eller krav. Med andre ord betegner kvalitetsmål et niveau for den ønskede kvalitet af en ydelse (3). Kvalitetsarbejde kan også tage udgangspunkt i case-historier eller gode eksempler omhandlende arbejdsgange, patientbehandling eller arbejdsglæde. Både kvantitative og kvalitative data kan bidrage til et egentligt kvalitetsudviklingsprojekt. Når vi omtaler kvalitet, vil vi ofte præcisere, hvilken dimension vi har med at gøre. Det er gængs at tale om og skelne mellem:

1. den sundhedsfaglige kvalitet (som vedrører de kliniske kerneydelser)
2. den interpersonelle kvalitet (som vedrører relation og samspil mellem professionel og patient)
3. den organisatoriske kvalitet (som vedrører koordination og kontinuitet) (4).

Bilag 2. Skabelon for målepunktsbeskrivelse

Det valgte målepunkt skal give mening for alle involverede. Og det kan være afgørende for det endelige valg, om der forekommer let tilgængelige data, f.eks. i RKKP, forløbsplaner eller i lægesystemerne. Hvis dette ikke er tilfældet, skal det overvejes, hvilke data de deltagende praksis selv kan og vil fremskaffe. Det er i dette tilfælde vigtigt, at dét, der skal tælles, er veldefineret, sådan at forskellige dataindsamlere tæller nøjagtigt det samme. Det er også vigtigt, at der gives en ensartet instruktion til alle dataindsamlere, samt at registreringskemaet er overskueligt og let forståeligt.

Emne

Eksempel: Kontinuitet i almen praksis

Baggrund

Her beskrives, hvorfor det kan være meningsfuldt at tage dette emne op til nærmere overvejelse og undersøgelse.

- Hvad er problemet?
- Hvor stort antages det at være?
- Hvad kan der vindes ved en kvalitetsforbedring?
- Er der systematiske erfaringer eller evidens for betydningen af ændringer?

Eksempel: En stor del af den almenmedicinske faglighed hviler på kontinuitet i omsorgen (her betyder omsorg at kere sig om eller at sørge for, passe eller passe på) – og kontinuitet afspejler altså person-til-person (p2p) -kontinuitet over tid. Lægen, der kender patienten, kan udøve evidensbaseret, personcentreret medicin.

Kontinuitet som beskrevet ovenfor er effektivt ift. en del vigtige outcomes som:

- patienttilfredshed (5)
- livskvalitet for mennesker med kroniske lidelser (6)
- lægers jobtilfredshed.⁴

Sådanne outcomes kategoriseres og omtales ofte som bløde værdier, skønt de er helt afgørende for både patienter og lægers trivsel og funktionsniveau.

Imidlertid kan man også vise en ganske overbevisende sammenhæng i solide observationelle datasæt mellem denne kontinuitet og

- lavere indlæggelsesfrekvens hos individer med de typiske kroniske lidelser, som ofte varetages i almen praksis (7), hvor især hyppige brugere af almen praksis ser ud til at profitere af kontinuitet. For eksempel har Barker dokumenteret forskningsmæssigt for 62- til 82-årige med to eller flere kontakter, at en 20 procent øgning i ELI er forbundet med 6.22 (4.87-7.55) procent færre indlæggelser for hele gruppen (jo ældre patient og jo hyppigere lægekontakt des højere "effekt") (8).
- lavere dødelighed (9).

⁴ Kontinuitet og patientinddragelse er vigtige kerneværdier, og sidstnævnte er omtalt som en faktor i Lægeforeningens Visionspapir fra 2016, der kan medvirke til øget arbejdsglæde. https://www.laeger.dk/media/vi1gpd5y/politikpapir_gode_laege-patient-samspil_2016.pdf

Målepunkter

Her beskrives forslag til målepunkter.

Eksempel: Usual Provider Index (UPI) er et mål for kontinuitet. Det kunne hedde ELI (Egen Læge Index) på dansk.

- ELI defineres som andelen af konsultationer med den læge, som den enkelte patient har set mest i lægehuset (hvis en patient f.eks. har 10 lægekontakter over en given tidsperiode, hvor de seks er med en samme læge, så er ELI 0,60).

Fordelen ved denne indikator er, at der er høj sandsynlighed for, at der ikke skal andet end eksisterende data til at beregne indekset for den enkelte praksis. Værdien af ELI som prædikator er sammenlignelig med andre kontinuitetsmål af mere kompleks karakter i de få undersøgelser, hvor der foretages sensitivetsanalyse ved brug af andre indekser (7). Andre indekser for kontinuitet kan være afhængig af, at hver patient tildeles en "kontaktlæge" eller "egen læge" i journalens stamkort, hvilket kan være et ikke ubetydeligt arbejde.

Indsamling og brug af data

- Her beskrives, hvilke data der er tilgængelige i hvilke databaser.
- Hvis der ikke er let tilgængelige registerdata, gives forslag til, hvordan praksis/klyngen selv kan fremstille/indsamle de nødvendige data.
- Der gives forslag til, hvornår og hvor længe (perioden) data indsamles (både ved baseline og efter-måling).
- Det beskrives, hvem der kan indsamle data (læger, uddannelseslæger, sekretærer, sygeplejersker).

Eksempel: ELI-data kan i princippet høstes fra afregningsdata (ydelser med personlig kontakt), kalenderdata eller journaldata (signatur) – afhængig af systemhusets muligheder.

Klyngens sammenligning af de deltagende praksis' kontinuitetsindeks kan danne udgangspunkt for overvejelser som:

- Hvilken betydning har kontinuitet for forskellige patientkategorier?
- Overfor hvem og hvordan skal vi tilstræbe og fremme kontinuitet i den daglige organisering af praksis?
- Hvordan kan kontinuitet bygges op omkring – og måles som kontakten til – små teams, hvor patienten ser samme sygeplejerske og samme læge på skift?

Referencer

1. Høyer, K. Hvem skal bruge sundhedsdata – og til hvad? Informations Forlag, 2019.
2. World Health Organization: Quality Health Services. What is quality? 20 th July 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> [internet].
3. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, DSKS, 2016. https://dsk.dk/wp-content/uploads/2017/01/25_01_2016_kvalitetsbegrebermetoder.pdf
4. Mainz, J. Basal kvalitetsudvikling, København: Munksgaard, 2018.
5. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. Ann Fam Med. Sep-Oct 2004;2(5):445-51. doi: 10.1370/afm.91.
6. Chen HM, Tu YH, Chen CM. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. Clin Nurs Res. Jun 2007;26(3):266-284. doi: 10.1177/1054773815625467. Epub 2016 Jan 20.
7. Barker I, Steventon A, Williamson R et al. Self-management capability in patients with long-term conditions is associated with reduced healthcare utilisation across a whole health economy: cross-sectional analysis of electronic health records. BMJ Qual Saf. 2018 Dec;27(12):989-999. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007635. Epub 2018 Aug 23.
8. van Loenen T, van den Berg Mj, Westert GP, et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. Fam Pract., 2014; 31 (5):502–516. doi:10.1093/fampra/cmu053.
9. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.

Skrivegruppe: Kvalitetsudvalget i DSAM, januar 2021. Arbejdet blev startet i det tidligere indikatorspor under DSAM's Kvalitetsudvalg.